



8411-109 Garvey Drive, Raleigh NC 27616
919-872-7730

Perro de forma de liberación médica /

El día de hoy: _____
Nombre del dueño _____
Dirección de casa _____
Código postal _____
Teléfono _____

Dirección de correo electrónico: _____
Información de Contacto en caso de Emergencia: Nombre: _____
Número de teléfono: _____
¿Cómo se enteró de SAFE Haven for Cats? _____

Información animal:

Nombre: _____
Edad (si se conoce): _____
Fecha de la última vacuna contra moquillo (DHPP): _____
Fecha de la última vacuna contra la rabia: _____

Descripción: _____
¿ Cuándo comió su perro por última vez? _____
¿Tu perro está en prevención de pulgas / garrapatas?
 No Sí - Aplicado: _____
¿Tu perro está en la prevención del parásito del corazón?
 No Sí - Dado: _____
En cualquier medicamento? _____

Por favor, lea cuidadosamente e inicie las siguientes afirmaciones:

___ Yo, actuando como propietario o agente del animal descrito anteriormente, solicito y autorizo a la Clínica de esterilización / castración felina de SAFE Care, a través del veterinario que designe, para realizar una operación de esterilización sexual del animal descrito en la parte anterior de este formulario .

___ Entiendo que la operación presenta algunos riesgos y que es posible que se produzcan lesiones o la muerte de dichos animales, ya que existe cierto riesgo en el procedimiento y el uso de anestésicos y medicamentos para brindar este servicio.

___ Certifico que mi animal ha sido vacunado dentro de un año antes de esta fecha O solicito vacunas recomendadas al momento de la cirugía. Entiendo que se necesitan hasta cuatro semanas para que las vacunas protejan a mi animal.

___ Entiendo que SAFE Care Feline Spay / Neuter Clinic tiene el derecho de rechazar cualquier servicio a cualquier animal para quien la cirugía se considere un riesgo para la salud.

___ Certifico que mi animal goza de buena salud y se le retuvo la comida según las instrucciones.

___ Entiendo que si mi animal está embarazada, el embarazo terminará en el momento de la cirugía.

___ Por la presente, libero a SAFE Care Feline Spay / Neuter Clinic, todos los veterinarios, asistentes, voluntarios, directores y empleados de todos y cada uno de los reclamos que surjan o estén relacionados con la realización de este procedimiento o cualquier reacción adversa de las vacunas. Acepto que no he reclamado ni reclamaré ningún derecho de compensación a los mismos, ni presentar acción en razón de dicha esterilización o intento de esterilización de dicho animal o cualquier consecuencia relacionada con el mismo.

Firmado _____ Fecha _____

Servicios incluidos (según sea necesario): examen físico, esterilización con medicamentos para el dolor, tatuaje, vacunas contra la rabia y DHPP y adornos para uñas: **paquete de \$ 85.00.**

Servicios adicionales: marque SÍ o NO para cada uno. Se aplican costos adicionales según lo indicado.

SÍ NOVectra 3D® Single Dose - \$ 10
SÍ NO ... Vectra 3D® 6 meses: \$ 60
Medicamento tópico para la prevención de pulgas y garrapatas

SÍ NO..... Microchip - \$ 15
Identificación permanente. Registro de por vida incluido.

SÍ NO Medicación adicional para el dolor (2 dosis): \$ 10

SÍ NO.....Prueba Heartworm - \$ 15
Recomendado para todos los perros

SI NO Me gustaría hacer una donación para ayudar a otras mascotas a ser esterilizadas o castradas.
\$ 85 _____ \$ 35 _____ Otro \$ _____

To be completed by SAFE Care staff:

Charges and Payment

Surgery Package _____

Voucher: _____

Extras:

- Vectra 3D 1mo** _____
- Vectra 3D 6mo** _____
- HW Test**..... _____
- Microchip**..... _____
- Pain meds to go home**..... _____

TOTAL CHARGES..... _____

*Note: Vouchers do not include additional services.